

· 短篇论著 ·

高龄急性心肌梗死患者1例溶栓后支架植入术的治疗体会及文献复习

梁锦军, 黄 鹤*, 夏 豪, 王跃岭, 袁明杰, 杨 靖, 王少波, 杨 波, 黄从新

(武汉大学人民医院心内科, 武汉 430060)

【关键词】急性心肌梗死; 老年人; 溶栓

【中图分类号】R542.22

【文献标识码】A

【DOI】10.3724/SP.J.1264.2013.00015

随着人口老龄化, 老年人急性心肌梗死 (acute myocardial infarction, AMI) 的发病率逐渐增高, 成为导致老年人死亡的最常见疾病^[1]。20世纪80年代初期开展溶栓治疗时, 年龄在70岁以上的患者大多被列为溶栓禁忌证。目前, 国内外学者指出尽管高龄心肌梗死溶栓治疗风险大, 但获益更大, 可积极使用^[2], 特别是近10年来再灌注治疗 (包括溶栓、介入或外科血运重建术) 在老年AMI人群中的应用逐渐增多, 对于改善老年AMI患者的预后起到了有益的作用^[1,3]。本文报道1例高龄AMI患者溶栓治疗效果, 并结合AMI的治疗指南进行文献复习。

1 临床资料

患者, 男性, 80岁。2010年12月22日9:00无诱因出现胸前区剧痛, 伴左上肢酸胀、出汗、恶心、头昏, 无心慌、呼吸困难, 自含服“速效救心丸”, 症状无缓解, 于武汉大学人民医院急诊科就医, 查心电图 (electrocardio-gram, ECG) 示“急性广泛前壁心肌梗死”, 予以吸氧、口服阿司匹林片300mg, 波立维片300mg, 以“急性广泛前壁心肌梗死”收治入院。患病以来, 精神差, 无睡眠, 食欲差, 大小便未排, 体力差, 体质质量正常。既往史: 脑震荡史, 高血压史十余年, 收缩压150mmHg左右, 长期服用尼福达20mg/d治疗, 控制在正常范围; 否认糖尿病、脑血管意外、出血性疾病史; 近期无重大手术史。无烟酒嗜好, 无药物过敏史。入院查体: 体温36.4℃, 脉搏60次/min, 呼吸频率20次/min, 血压110/60mmHg。神志清楚, 平车送入病房, 急性重病容, 呼吸平稳, 面色苍白, 皮肤多汗, 口唇无紫绀, 颈静脉无怒张, 双下肺呼吸音粗, 少许细湿啰音, 心界略向左下扩大, 心率60次/min, 律齐, 未闻及杂音, 腹平软, 无压痛及反跳痛, 肝脾肋下未及, 双下肢轻度水肿。12月23日心肌梗死3项肌酸激酶同工酶升高至89.23μg/L, 肌红蛋白升高至155.73ng/L, 心肌肌钙蛋白I升高至95.67μg/L, 活化部分凝血活酶时间升高至53.1。

入院后立即给予抗血小板、调脂、吸氧、心电血压血氧饱和度监测等治疗, 根据心电图变化和症状诊断为急性前壁心肌梗死 (图1A), 且高龄, 仍有胸痛, 遂与患者及家属沟通

后拟行溶栓治疗 (发病后330min), 患者及家属表示同意, 遂给予爱通立 (50mg) 静脉溶栓治疗, 患者溶栓后2h内胸痛症状基本缓解, 心电图ST段回落超过50%, 考虑再通 (图1B)。

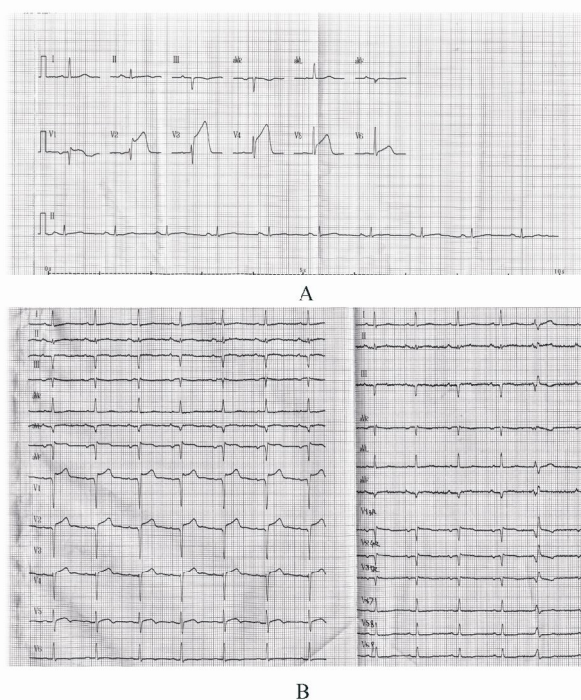


图1 心电图检查结果

Figure 1 Electrocardiogram of the patient

A: 溶栓前; B: 溶栓后

2010年12月29日行经皮冠状动脉介入术 (percutaneous coronary intervention, PCI), 多体位造影提示, 左前降支 (left anterior descending, LAD) 近中段轻中度狭窄, 左回旋支 (left circumflex, LCX) 开口处重度狭窄。遂行PCI治疗, 追加肝素6000U, 沿导丝送入6FBL3.0指引导管至左冠状动脉开口, 送指引导丝至LAD远端, 2.0mm×20.0mm球囊预扩后, 置入3.0mm×24.0mm支架1枚, 造影示支架释放满意, 无残余狭窄, TIMI血流

收稿日期: 2012-08-16; 修回日期: 2012-11-20

基金项目: 国家自然科学基金(8107014217; 81200139); 教育部新世纪优秀人才支持计划(NCET-08-0414); 湖北省自然科学基金 (2011CDC157); 武汉大学“211工程”建设项目; 武汉大学自主科研项目(302274019)

通讯作者: 黄 鹤, Tel:027-88070797, E-mail: huanghe1977@hotmail.com

3级。术中患者未诉不适、术毕拔管,右侧桡动脉压迫止血后返回病房。患者术后恢复良好,一周后给予带药出院;患者出院后坚持药物治疗,未再发作胸闷不适。

2011年2月4日因药物吃完自行停药,上午10:00许,患者无明显诱因再发胸闷不适,位于胸骨中段,手掌大小范围,以闷痛为主,伴有双上肢麻木。不伴有出汗,无心慌、气短,无恶心、呕吐,无黑蒙及晕厥,遂急诊入院,考虑“急性冠脉综合征”,给予对症治疗后,症状好转出院。现随访18个月,患者坚持药物治疗,未再诉胸闷心悸等症状。

2 讨论

大量循证医学证据表明,早期再灌注治疗是挽救AMI患者生命的重要手段^[1,2]。静脉溶栓治疗由于其操作方便、经济、快速及易于在基层医学单位开展而更具推广意义^[5],本例患者选择溶栓治疗,并择期行PCI治疗取得了良好效果。但在实际临床工作中,作为AMI主要发病人群的老年患者,接受溶栓治疗的比例却随着年龄的增长而降低,尤其是大于75岁的高龄患者。这与高龄患者症状不典型、就诊延迟错过溶栓时间窗有一定关系,更多的是由于医生、患者及家属顾虑发生严重并发症(如颅内出血、室壁破裂等)风险增大而宁愿选择保守治疗^[5]。为此,结合该病例,现就高龄患者溶栓的相关问题进行文献复习。

2.1 溶栓的适应证和时机

(1) 两个或两个以上相邻导联ST段抬高(胸导联 $\geq 0.2\text{mV}$,肢体导联 $\geq 0.1\text{mV}$),起病时间 $< 12\text{h}$,年龄 < 75 岁(ACC/AHA指南列为I类适应证)。对前壁心肌梗死、低血压(收缩压 $< 100\text{mmHg}$, $1\text{mmHg}=0.133\text{kPa}$)或心率增快(> 100 次/min)患者治疗意义更大。(2) ST段抬高,年龄 > 75 岁。对这类患者,无论是否溶栓治疗,AMI死亡的危险性均很大。因此,慎重权衡利弊后仍可考虑溶栓治疗(ACC/AHA指南列为IIa类适应证)。(3) ST段抬高,发病时间 $12\sim 24\text{h}$,溶栓治疗收益不大,但在有进行性缺血性胸痛和广泛ST段抬高并经过选择的患者,仍可考虑溶栓治疗(ACC/AHA指南列为IIb类适应证)。(4) 高危心肌梗死,就诊时收缩压 $> 180\text{mmHg}$ 和(或)舒张压 $> 110\text{mmHg}$,这类患者颅内出血的危险性较大,应认真权衡溶栓治疗的益处与出血性卒中的危险性。对这类患者首先应镇痛、降压,将血压降至 $150/90\text{mmHg}$ 后再行溶栓治疗。对这类患者有条件应考虑直接经皮冠状动脉腔内血管成形术(percutaneous transluminal coronary angioplasty, PTCA)或支架置入术(ACC/AHA指南列为IIb类适应证)。其溶栓的最佳时机为症状发生后3h内,而症状发生3~6h之间亦可进行溶栓治疗^[1,2]。

2.2 溶栓后PCI

溶栓后即刻PCI治疗AMI安全有效,早期再通率高,心肌梗死面积小,更有利于保护心室功能,且不增加出血并发症^[6]。溶栓治疗成功后择期PCI可以达到完全血运重建的目的,且同时处理非梗死相关血管病变,达到TIMI血流3级,手术成功率高,未发生与手术相关的严重并发症,有效改善了心肌梗死后的心肌缺血,改善患者左室功能,明显减少心

血管事件的发生。因此,对于静脉溶通的AMI患者,如果能够接受择期PCI治疗能取得良好的疗效^[7]。

2.3 再发梗死的危险因素

Kaplan等^[8]观察了2677例首次心肌梗死后存活的患者,平均随访3.4年,共有281例发生非致死性再发心肌梗死,结果显示心力衰竭、左室肥厚、糖尿病和心绞痛是再发心肌梗死的独立危险因素。也有研究表明引起AMI患者发生再次心肌梗死的高危因素包括首次心肌梗死发生的部位、发病至开始溶栓时间、酶峰出现时间、血脂水平变化、心肌梗死后的抗凝治疗、心绞痛的发生、个人生活方式等因素^[9]。本例患者PCI术后停药导致再次心肌梗死。此外,严重的冠状动脉狭窄、多支病变也是再发梗死的危险因素。

2.4 高龄患者的健康管理

再发梗死的预防是综合性的。首先,应加强对患者教育,强调对高危患者长期危险因素的干预、控制。其次,药物预防性治疗^[10]:重视抗血小板药物、血管紧张素转换酶抑制剂/血管紧张素受体拮抗剂、他汀类等药物的综合应用,这些药物可以降低患者死亡率。本例患者同样显示了药物预防的重要性。再次,是介入治疗,冠状动脉造影提示冠状动脉严重狭窄者行介入治疗和冠状动脉搭桥术可以降低再发梗死的发生率^[1,11]。

总之,临床医师应根据患者的具体情况选择合适的治疗方案,给患者带来最大获益。

【参考文献】

- [1] 中华医学会心血管病学分会,中华心血管病杂志编辑委员会.急性ST段抬高型心肌梗死诊断和治疗指南[J].中华心血管病杂志,2010,38(8):675-690.
- [2] 黄从新.急性心肌梗死溶栓治疗的最新进展[J].中国实用内科杂志,2003,23(8):449-451.
- [3] 韩雅玲.老年急性心肌梗死患者的溶栓和急诊介入治疗[J].中华老年心脑血管病杂志,2005,7(2):79-81.
- [4] 陈秋影.尿激酶静脉溶栓治疗高龄急性心肌梗死24例观察[J].中国医药指南,2008,6(3):41-42.
- [5] 赵竹,尹承华,张丽,等.高龄老年急性心肌梗死患者尿激酶减量溶栓临床评价[J].中国老年学杂志,2010,30(3):588-590.
- [6] 李亮,李燕,马宁,等.溶栓后即刻PCI对急性心肌梗死患者心室功能的影响[J].中国老年学杂志,2006,26(1):17-19.
- [7] 高振军,张莉,周毅.静脉溶栓再通的急性心梗患者择期PCI治疗的临床分析[J].航空航天医学杂志,2011,22(3):315-316.
- [8] Kaplan RC, Heckbert SR, Furberg CD, et al. Predictors of subsequent coronary events, stroke, and death among survivors of first hospitalized myocardial infarction[J]. J Clin Epidemiol, 2002, 55(7): 654-664.
- [9] 李志刚.再次心肌梗死发生的高危因素分析[J].中国中西医结合急救杂志,2011,18(1):38-40.
- [10] 王静,郑刚,李琳.再发心肌梗死危险因素的预测及预防[J].中国慢性病预防与控制,2003,11(2):66-67.
- [11] 侯丕华,黄铁群,郑知刚.高龄急性心肌梗死3例诊治体会[J].中华老年多器官疾病杂志,2008,7(3):229-230.

(编辑:王雪萍)